**REPUBBLICA ITALIANA**

Regione Siciliana

****

Assessorato della Salute

Dipartimento Regionale per le Attività Sanitarie e Osservatorio Epidemiologico

***Area Interdipartimentale 2 - “Organismo Tecnicamente Accreditante”***

**Programma di revisione e aggiornamento dei requisiti di autorizzazione e accreditamento dei Punti Nascita della Regione Siciliana**

**Consultazione pubblica**

**SEZIONE 1 - INTRODUZIONE**

L’Assessorato Regionale della Salute e, in particolare, l’Area Interdipartimentale 2 – Organismo Tecnicamente Accreditante del Dipartimento per le Attività Sanitarie e Osservatorio Epidemiologico ha avviato un programma per la revisione e l’aggiornamento dei requisiti dei Punti Nascita, che si concluderà con l’adozione di un provvedimento nel quale saranno definiti i requisiti che i Punti Nascita dovranno rispettare per essere accreditati.

Per “**Punti Nascita**” si intendono le strutture ospedaliere (pubbliche e private) che forniscono assistenza al parto e che vedono impegnati principalmente i reparti di Ostetricia e Ginecologia, di Neonatologia e di Anestesia e Rianimazione.

L’accreditamento conferisce alle strutture sanitarie pubbliche e private, già autorizzate, la condizione di “soggetto idoneo a erogare prestazioni in nome e per conto del Servizio Sanitario Regionale”.

L’accreditamento è obbligatorio per le strutture pubbliche e, per le strutture private, è necessario affinché queste possano stipulare un contratto con le Aziende Sanitarie Provinciali ed erogare prestazioni che verranno poi pagate dal Servizio Sanitario Regionale.

I requisiti organizzativi, strutturali e tecnologici dei Punti Nascita attualmente in vigore sono contenuti nei decreti dell’Assessore regionale alla Salute 17 giugno 2002, n. 890 (pubblicato nella [Gazzetta Ufficiale della Regione Siciliana](http://www.gurs.regione.sicilia.it/) Parte I, n. 29, S.O. n. 3) e 2 dicembre 2011, n. 2536 (pubblicato nella [Gazzetta Ufficiale della Regione Siciliana](http://www.gurs.regione.sicilia.it/) Parte I, n. 1 del 5 gennaio 2012).

Per valorizzare l’esperienza e conoscere le opinioni e le aspettative dei cittadini della Regione rispetto a questo importante servizio, l’Assessorato regionale della Salute offre l’opportunità, a tutti coloro che lo desiderano, di formulare osservazioni e proposte che saranno valutate nella realizzazione del programma di aggiornamento dei requisiti dei Punti Nascita.

Le osservazioni e le proposte possono essere presentate compilando il questionario ed inviandolo all’indirizzo di posta elettronica: consultazione.ota@regione.sicilia.it oppure consegnandolo, o inviandolo per posta, al Dipartimento per le Attività Sanitarie e Osservatorio Epidemiologico in via Mario Vaccaro, 5 Palermo.

Le chiediamo di collaborare a questa consultazione esprimendo la **sua opinione** **personale**. Le risposte saranno elaborate in modo anonimo.

La consultazione resterà aperta sino al **31 agosto 2023.** Successivamente a questa data non sarà possibile prendere in esame proposte.

**SEZIONE 2 – DATI STATISTICI**

1. **Nazionalità**
2. **Età (anni)**
3. **Sesso**

Donna 🞏

Uomo 🞏

Non indica 🞏

1. **Titolo di studio:**

Nessun titolo 🞏

Licenza elementare 🞏

Diploma scuola media inferiore 🞏

Diploma scuola media superiore 🞏

Laurea 🞏

1. **Attuale condizione professionale:**

Studente 🞏

In cerca di occupazione 🞏

Lavoratrice/ore dipendente 🞏

Lavoratrice/ore autonomo 🞏

Libera/o professionista 🞏

Imprenditrice/ore 🞏

Pensionata/o 🞏

Altro \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 🞏

*(specificare)*

1. **Residenza**

Città:

Provincia:

**SEZIONE 3 - QUESTIONARIO**

1. **È stata/o utente di un Punto nascita della Regione Siciliana?**

 *(barrare la casella corrispondente alla risposta)*

SÌ come partoriente 🞏

SÌ come accompagnatrice/ore 🞏

NO 🞏

1. **Se è stata/o utente di un Punto nascita della Regione Siciliana, come giudica complessivamente la sua esperienza?**

Ottima 🞏

Buona 🞏

Negativa 🞏

Pessima 🞏

Non so 🞏

1. **Se è stata/o utente di un Punto nascita della Regione Siciliana, quale è il principale aspetto positivo della sua esperienza?**
2. **Se è stata/o utente di un Punto nascita della Regione Siciliana, quale è il principale aspetto negativo della sua esperienza?**
3. **Tornerebbe nello stesso Punto nascita?**

*(barrare la casella corrispondente alla risposta* se *ha risposto SI alla domanda precedente)*

 🞏 SÌ 🞏 NO

Perché:

1. **Vuole dirci di quale Punto nascita della Regione Siciliana è stata/o utente?**

 *(facoltativo)*

1. **Secondo lei, quanto influiscono i seguenti fattori sulla qualità del servizio di un Punto Nascita?**

(*Assegni un punteggio da 1 a 10 a ciascun fattore dove “1” indica poca influenza e “10” massima influenza*)

* Modalità di accesso al ricovero \_\_\_\_
* Competenze del personale medico \_\_\_\_
* Competenze del personale ostetrico \_\_\_\_
* Competenze del personale di assistenza (OSS) \_\_\_\_
* Gentilezza e disponibilità degli operatori \_\_\_\_
* Comfort alberghiero (arredi, microclima, posti a sedere, pasti, etc. …) \_\_\_\_
* Informazioni fornite all’utente e all’accompagnatore \_\_\_\_
* Privacy dell’utente ­\_\_\_\_
* Coinvolgimento della donna nella scelta delle pratiche assistenziali \_\_\_\_
* Orari di visita \_\_\_\_
* Informazioni fornite al momento della dimissione \_\_\_\_
* Monitoraggio delle condizioni alla madre nelle ore successive al parto \_\_\_\_
* Monitoraggio delle condizioni del neonato nelle ore successive al parto \_\_\_\_
* Possibilità di avere contatti con i ginecologi nei giorni successivi alla dimissione \_\_\_\_
* Possibilità di avere contatti con i neonatologi/pediatri nei giorni successivi

alla dimissione \_\_\_\_

* Altro (*specificare*) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_
1. **In base alla sua esperienza o opinione, su quale aspetto bisogna intervenire per migliorare l’assistenza dei Punti Nascita della Regione Siciliana**

(*Assegni un numero da 1 a 10 indicando con “1” l’aspetto meno importante e con “10” l’aspetto più importante*)

* Facilità di accesso alla struttura \_\_\_\_
* Livello di competenza del personale medico \_\_\_\_
* Livello di competenza del personale ostetrico e infermieristico \_\_\_\_
* Gentilezza e disponibilità degli operatori \_\_\_\_
* Comfort alberghiero (possibilità di stanza singola, arredi, microclima, pasti, etc. ...) \_\_\_\_
* Possibilità di ricevere informazioni sullo stato di salute di gestante, madre, neonato

durante il ricovero \_\_\_\_

* Assistenza alla madre e al neonato subito dopo il parto (es.: frequenza dei controlli) \_\_\_\_
* Assistenza alla madre e al neonato dopo il rientro a casa (es.: possibilità di contattare

la struttura per telefono) \_\_\_\_

* Privacy dell’utente ­\_\_\_\_
* Altro (*specificare*) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_
1. **Con riferimento ad uno o più aspetti ai quali nella risposta alla domanda precedente ha assegnato il punteggio 10 (massima influenza), secondo lei in quale modo si potrebbe migliorare il servizio?**
2. **Secondo lei, su quali dei seguenti fattori è importante intervenire per migliorare l’esperienza della gravidanza?**

(*Assegni un punteggio da 1 a 10 a ciascun fattore dove “1” indica poca importanza e “10” massima importanza*)

* Accesso facilitato alle prestazioni per i controlli durante la gravidanza \_\_\_\_
* Possibilità di seguire corsi di preparazione al parto sia per la partoriente

sia per un’altra persona indicata dalla partoriente \_\_\_\_

* Presenza di mediatori culturali e linguistici nelle strutture assistenziali in caso

di donne straniere \_\_\_\_

* Possibilità di partorire a casa \_\_\_\_
* Incoraggiamento e formazione all’allattamento al seno \_\_\_\_
* Supporto psicologico durante e dopo la gravidanza \_\_\_\_
* Altro (Specificare) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_
1. **Secondo lei, su quali dei seguenti fattori è importante intervenire per migliorare l’esperienza del parto?**

(*Assegni un punteggio da 1 a 10 a ciascun fattore dove “1” indica poca importanza e “10” massima importanza*)

* Accesso facilitato alle prestazioni per i controlli dopo il parto \_\_\_\_\_
* Possibilità di scelta tra le diverse tecniche per la gestione del dolore durante il travaglio \_\_\_\_\_
* Presenza di mediatori culturali e linguistici in reparto in caso di partorienti straniere \_\_\_\_\_
* Possibilità di accesso in sala travaglio e in sala parto di una persona

indicata dalla partoriente \_\_\_\_\_

* Disponibilità di luoghi all’interno della struttura per favorire la ricostituzione

del nucleo familiare dopo il parto \_\_\_\_\_

* Disponibilità di spazi e tempi adeguati per i genitori in caso di lutto \_\_\_\_\_
* Incoraggiamento e formazione all’allattamento al seno \_\_\_\_\_
* Supporto psicologico dopo la gravidanza \_\_\_\_\_
* Supporto per la gestione del neonato nei primi giorni dopo il rientro a casa \_\_\_\_\_
* Altro (Specificare) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_
1. **Indichi i suoi suggerimenti su qualunque aspetto relativo all’organizzazione e al funzionamento di un Punto nascita che ritiene debba essere considerato per la definizione dei requisiti di qualità della struttura**

**SEZIONE 4 - CONTATTI**

La ringraziamo per il contributo fornito. I dati e le risposte fornite saranno trattati in forma anonima.

Tuttavia, se è disponibile ad essere contattata/o, qualora fosse necessario, per approfondimenti in merito a quanto segnalato, fornisca le sue generalità e un recapito:

**Nome**:

**Cognome**:

**Tel**.:

**Cell**.:

**Email**: